



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

ADENILZA SILVA DE MENDONCA

**PREVALÊNCIA DE HISTERECTOMIA PÓS-PARTO EM
MATERNIDADE PÚBLICA DO ESTADO DE SERGIPE**

Aracaju/SE

2018

ADENILZA SILVA DE MENDONCA



PREVALÊNCIA DE HISTERECTOMIA PÓS-PARTO EM MATERNIDADE PÚBLICA DO ESTADO DE SERGIPE

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Orientadora: Prof.^a PhD. Júlia Maria Gonçalves Dias

Aracaju/SE

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

**PREVALÊNCIA DE HISTERECTOMIA PÓS-PARTO EM
MATERNIDADE PÚBLICA DO ESTADO DE SERGIPE**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Autor: Adenilza Silva de Mendonça

Aracaju, ____/____/____

ADENILZA SILVA DE MENDONCA

PREVALÊNCIA DE HISTERECTOMIA PÓS-PARTO EM MATERNIDADE PÚBLICA DO ESTADO DE SERGIPE

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Aprovada em ____/____/____

Orientadora: Prof.^a PhD. Júlia Maria Gonçalves Dias
Universidade Federal de Sergipe

BANCA EXAMINADORA

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

“Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia, ao meu esposo e meus filhos”.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois sem ele eu não teria traçado o meu caminho e feito a minha escolha pela medicina.

Aos meus familiares que doaram seu tempo para que efetiva-se a minha pesquisa , sem eles nada disso seria possível, eles foram a peça fundamental para a concretização do meu trabalho. A vocês expresso o meu maior agradecimento.

A todos os professores e em especial a minha orientadora Júlia Dias, por exigir de mim muito mais do que eu supunha ser capaz de fazer. Agradeço por transmitir seus conhecimentos e por fazer da minha monografia uma experiência positiva e por ter confiado em mim, sempre estando ali me orientando e dedicando parte do seu tempo a mim.

Aos meus colegas de turma que, além de se tornarem amigos me deram o apoio que eu precisava.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – apresenta a evolução das Histerectomias pós-parto, taxa de cesarianas da Instituição, ao longo desses cinco anos.

Tabela 2 – mostra as características demográficas das mulheres submetidas à histerectomia pós-parto.

Tabela 3 - As principais indicações para as histerectomias pós-parto.

Tabela 4 - As principais complicações da Histerectomia pós-parto.

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS – Organização Mundial de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

I - INTRODUÇÃO	10
II - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	12
1. HISTERECTOMIA PÓS-PARTO.....	12
1.1 - Conceito.....	12
1.2 - Histórico.....	12
1.3 - Incidência.....	13
1.4 - fatores de risco para histerectomia pós-parto.....	13
2. HEMORRAGIA PÓS-PARTO.....	14
3. TIPOS DE ABORDAGENS CIRÚRGICA.....	23
4. COMPLICAÇÕES.....	23
III - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
IV - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO.....	29
V ARTIGO ORIGINAL.....	34
Resumo.....	34
Abstract.....	35
Introdução.....	36
Materiais e métodos.....	37
Resultados	38
Discussão.....	42
Conclusão.....	43
Referências Bibliográficas.....	44
VI ANEXOS.....	47

I - INTRODUÇÃO

As hemorragias pós-parto são as maiores causas de morte materna no mundo. Seguida de distúrbios hipertensivos e sepse. (WHO, 2012)

A Hemorragia pós-parto (HPP) é comumente definida como uma perda 500 ml de sangue ou mais no período de 24 horas após o parto, enquanto a HPP grave é definida como uma perda de 1000 ml de sangue ou mais dentro do mesmo período de tempo. A HPP afeta aproximadamente 2% de todas as mulheres que dão à luz estando associada a quase um quarto de todas as mortes maternas no nível global. A HPP é um contribuinte significativo para a morbidade materna grave e incapacidade prolongada bem como para várias outras condições maternas graves geralmente associadas à perda de sangue mais substancial, incluindo choque e disfunção orgânica. (Khan KS, 2006, Campbell OM, 2016)

A histerectomia pós-parto é frequentemente realizada para condições obstétricas que ameaçam a vida da mulher, especialmente quando a abordagem de tratamento conservador não consegue interromper a hemorragia pós-parto. (Flood KM, 2009)

A incidência de histerectomia pós-parto varia de 0,29 a 5,09 por 1000 partos. (Zeteroglu S, 2005, Kwee A, 2006, Sakse A, 2007) Embora a incidência de histerectomia pós-parto de emergência seja baixa, ela representa uma importante prática obstétrica moderna, sendo associada a uma alta taxa de Morbidade e mortalidade. (Whiteman MK, 2006).

Os fatores de risco para histerectomia pós-parto de emergência evoluíram para refletir o crescente número de partos por cesarianas. Esses fatores de risco incluem a placenta prévia; placenta accreta, increta e percreta; e ruptura uterina. (Chestnut DH, 1985; Zelop CM, 1993; Habek D, 2007 ; FloodKM, 2009)

As indicações de histerectomia pós-parto mudaram durante o passar dos anos. Antigamente as indicações mais comuns para Histerectomia Pós-Parto consistiam na rotura e atonia uterina. (Clark SL, 1984;Flood KM, 2009) No entanto, estudos recentes têm listado anomalia placentária (especialmente a placenta accreta), como a indicação mais comum, o que está relacionada com o aumento do número de cesarianas observado nas duas últimas décadas. Nos países em desenvolvimento a rotura uterina persiste como principal indicação de histerectomia pós- parto. (Clark SL, 2012; Allam IS, 2014)

Para minimizar os riscos e otimizar o planejamento do parto, a opinião de especialistas apoia ao encaminhamento de mulheres com alto risco de histerectomia peripartum - principalmente aqueles com suspeita de placenta accréta / percreta - para centros terciários. (Wright JD, 2010; Machado SML, 2011)

O presente estudo tem como objetivo levantar dados sobre a prevalência, fatores de risco e principais indicações da histerectomias pós-parto, realizada em Maternidade Pública no estado de Sergipe.

II – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1. HISTERECTOMIA PÓS-PARTO

1.1 – Conceito

Hystera é uma palavra de origem grega que significa útero, um órgão feminino em forma de pêra que é de fundamental importância para a reprodução, pois nele é realizado o desenvolvimento embrionário. (MELO; BARROS, 2009)

A histerectomia é, logo a seguir à cesariana, a segunda cirurgia ginecológica mais frequentemente realizada nos países desenvolvidos em mulheres em idade reprodutiva. Nos Estados Unidos da América todos os anos são realizadas mais de 400,000 intervenções (J.D. Wright, 2013). No Canadá e Alemanha as taxas de histerectomia continuam altas com mais de 350 por 100 000 mulheres por ano, enquanto em países como Israel, Espanha, Portugal e República Checa e Dinamarca a taxa é de menos de 200 por 100 000 mulheres por ano (OECD, 2014).

A histerectomia pós-parto é uma intervenção cirúrgica que atualmente se encontra reservada apenas para situações em que o tratamento conservador médico e/ou cirúrgico, não foi suficiente para preservar o útero e a função reprodutiva, considerando o procedimento como uma intervenção indicada em casos de emergência obstétrica para preservar a vida.(Briceño-P. C. a. 2009).

No ciclo gestacional, a histerectomia é um procedimento de exceção e urgência, realizado em decorrência de quadros hemorrágicos graves refratários a tratamentos conservadores. Todo obstetra deve estar apto a executá-lo, pois pode representar a garantia da sobrevivência materna. A indicação da cesárea-histerectomia avalia a formação, a experiência e o bom senso do tocólogo, exigindo decisão segura, orientação correta e iniciativa rápida, à luz da arte e da ciência obstétrica, evitando praticar procedimento desnecessário ou fazê-lo em extremo, operando uma moribunda.(Camano, 2003).

1.2 - Histórico

O italiano Joseph Cavallini, durante a segunda metade do século 18 (1768), foi quem realizou as primeiras histerectomias em animais grávidas e não grávidas, demonstraram que o útero é um órgão que pode ser removido do corpo sem perder a vida. Em humanos, o primeiro relatório de uma histerectomia foi realizado por H. R. Storer, em Boston, em uma paciente, que teve um tumor que obstruiu o canal de parto, morreu três dias após o procedimento. Eduardo Porro (1876) realizou o primeiro procedimento em paciente que sobreviveu. Naquele caso, a histerectomia subtotal (amputação do fundo uterino após histerectomia com subsequente massupialização do coto até a parede abdominal anterior) foi realizada para aumentar a chance de sobrevivência após a cesariana. Até 1922, 25% das cesarianas eram realizadas como histerectomias cesáreas de Porro. (Correa, 1994).

Mais de 100 anos se passaram, e desde então, a histerectomia de emergência pós-parto é um importante procedimento de salvamento, reservado para condições consideradas cruciais e ameaçadoras da vida e não controladas por métodos conservadores. No cenário atual, o advento de novos procedimentos médicos e cirúrgicos para o controle da hemorragia obstétrica ajudou a diminuir a incidência. (Anshuja Singla et al)

1.3 – Incidência da histerectomia pós-parto

A incidência de histerectomia pós-parto relatada na literatura varia de 0,2 por 1000 partos na Turquia, 0,48 / 1000 em Londres, 2,2 / 1000 em um estudo com o maior recorde de 6,2 / 1000 ocorreu na Nigéria. (Obiechina NJ et al , 2012)

Um estudo de nível populacional mais recente mostra uma taxa de histerectomia pós-parto de quase uma por 1000 (0,1 por cento) nos Estados Unidos. O procedimento geralmente resulta em morbidade com risco de morte variando de um a seis por cento. (Govindappagari S et al , 2016)

No cenário atual, com o advento de novos procedimentos cirúrgicos e/ou médicos conservadores para o controle da hemorragia obstétrica houve diminuição da incidência de histerectomia pós-parto. (Cunningham F.G. et al 2014)

Embora a incidência de histerectomia pós-parto de emergência seja baixa, ela representa uma operação importante na prática obstétrica moderna, associada a uma alta

taxa de morbidade e mortalidade. (Whiteman MK et al 2006)

Mendoza (2011) indica que a idade média para uma histerectomia é de 29 ± 6 anos. O procedimento mais frequente é o realizado após cesariana.

1.4 – Fatores de Risco

Nos fatores de risco para a histerectomia pós-parto foram destacados o tipo de parto (parto vaginal não cirúrgico ou operatório, cesariana), o risco foi maior durante a cesariana em comparação com o parto vaginal e entre as mulheres mais velhas, indução de parto, gestação múltipla, nascimento fetal, desprendimento placentário, fibromas, hemorragia antes do parto, corioamnionite, polihidrâmnios e pré-eclâmpsia / eclâmpsia. (Friedman et al, 2017)

2. Hemorragia pós-parto

A hemorragia pós-parto constitui uma das principais causas de mortalidade materna. Representa nos Estados Unidos da América (EUA) 11 a 13 % das mortes maternas, atingindo a nível mundial os 25%. Por outro lado, 50 % das mortes maternas por hemorragia ocorrem no período pós-parto, e a OMS estima cerca de 150.000 mortes por ano, sendo a maioria em países subdesenvolvidos. Calcula-se que a incidência de hemorragia pós-parto se situa entre dois e 11% dos partos, com uma grande variação entre países (Haeri S, 2006).

No Brasil, as hemorragias constituem a segunda causa de morte materna em ordem de importância. Segundo estudo realizado com base nos dados do Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde do período de 1997 a 2009 ocorreram nesse período 3.179 mortes maternas relacionadas a hemorragias obstétricas, ou seja, 14,26% do total dos óbitos maternos. (SOUZA et al., 2013).

Apenas cerca de um terço dos casos de hemorragias pós-parto têm fatores de risco identificável. Acredita-se que estes incluem: um histórico de antecedentes PPH, a grande multiparidade, gestação múltipla; anormalidades placentárias, como placenta previa ou placenta accreta. (OMS 2012)

As principais causas de hemorragia estão associadas: atonia uterina, placenta accreta / increta / percreta, ruptura uterina, laceração, retenção placentar, infecção uterina. Um terços das mulheres apresentaram duas ou mais causas de hemorragia relatadas. (Knight M, 2007)

Atonia uterina (Tônus)	Causas Sobredistensão uterina	Fatores de Risco Gestações múltiplas Feto macrossômico Polidrâmnio
	Corioamnionite Fadiga muscular	Rotura prolongada de membrana Febre Parto prolongado ou rápido Elevada multiparidade Uso indiscriminado de ocitocina
Retenção de tecidos (Tecido)	Placenta Coágulos	Acretismo placentário Cirurgia uterina prévia Dequitação incompleta da placenta
Lesão do canal do parto (Trauma)	Laceração do canal do parto – colo, vagina, períneo Rotura uterina Inversão uterina	Parto instrumental Período expulsivo precipitado Episiotomia Cirurgia uterina prévia Parto instrumental Distócia Hiperdinamia Versão cefálica externa Remoção manual Acretismo placentário Excessiva tração do cordão

Alterações de coagulação (Trombina)	Adquiridas	Pré-eclâmpsia Síndrome HELLP Coagulação intravascular Disseminada - CIVD Embolia do líquido Amniótico Sepsis Descolamento prematuro da placenta
	Condições preexistentes	Hemofilia A Doença de Von Willebrand Doença hepática História prévia de HPP História de trombose Terapêutica anticoagulante

Fonte: Adaptado de Karlsson e Pérez Sanz (2009) e Leduc et al., (2009)

Atonia Uterina

A atonia uterina é a causa mais comum de HPP, no entanto, distúrbios de coagulação materna também podem resultar em HPP. A HPP pode ser agravada pela anemia pré-existente e, nesses casos, a perda de um volume menor de sangue pode ainda resultar em sequelas clínicas adversas. (OMS, 2014)

A atonia uterina é afecção relativamente comum, podendo ocorrer em até 18% das gestações sem intervenção médica e em 5 a 8% daquelas em que é feita profilaxia. (El-Refaey H, 2003)

O risco aumentado de atonia uterina ocorre com afecções que cursam com hiperdistensão uterina, como gestações gemelares, polidrâmnio e macrossomia. A alteração na contração uterina desencadeia distúrbio na hemostasia, com sangramento que, se intenso e não controlado, pode levar a óbito. O uso correto de profilaxia, diagnóstico, tratamento

farmacológico e cirúrgico pode reduzir esse alarmante número de mortes. (Bateman BT, 2010)

Placenta Prévia

A Placenta prévia constitui entidade patológica de modalidade anômala de inserção da placenta e pode cursar concomitantemente com o acretismo placentário nos casos de desenvolvimento precário da decídua, em geral, no segmento uterino inferior. (Williams, 2012)

Compõem causas significativas de morbidade e mortalidade materna e neonatal. A placenta prévia acomete uma em cada 250 gestações. Ressalta-se ainda, nos últimos anos, o aumento da sua incidência entre as pacientes com cicatriz uterina decorrente de cesariana. Cesárea única praticamente dobra o risco de desenvolvimento de placenta prévia na gestação seguinte de 0,38% para 0,63%, aumentando ainda mais com aumento do número de cesarianas prévias. Do ponto de vista do impacto fetal e neonatal, as gestações complicadas por placenta prévia têm sido associadas ao maior número de nascimentos prematuros. Verificaram-se ainda outras associações tais como níveis mais altos de anomalias fetais, atraso no neurodesenvolvimento e risco de síndrome de morte súbita infantil. Além disso, constatou-se alto risco para Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU), fator de risco significativo para mortalidade perinatal. O sangramento transvaginal secundário à placenta prévia é responsável por níveis de mortalidade perinatal de até 2,3%. (Lima ER et al, 2015)

Ruptura Uterina

A ruptura uterina representa complicação obstétrica grave. Constitui-se em evento raro mas associa-se com elevados índices de morbimortalidade materno fetal. Seu principal fator de risco é a presença de cicatriz na musculatura uterina, usualmente secundária a cesariana anterior. Mas há relatos de casos raros de ruptura uterina em primíparas. As rupturas uterinas são classificadas, em geral, de acordo com a etiologia e podem ser separadas em espontâneas ou traumáticas. (Walsh CA, 2007)

Algumas roturas uterinas intraparto só se manifesta após a expulsão do feto. Ocorre ainda sangramento abundante e contínuo, que persiste mesmo após a dequitação. Na revisão do canal do parto e da cavidade uterina, comprova-se a rotura. Em casos de parto vaginal com roturas sem manifestação clínica, detectados na revisão uterina, a conduta

dependerá da estabilidade hemodinâmica da puérpera e da hemorragia visível. Em alguns casos, poderá ser adotada conduta expectante, sob rigorosa observação e uso contínuo de ocitócitos. quando as lesões forem extensas ou frente á instabilidade da paciente, realiza-se laparotomia com sutura da lesão ou histerectomia. (Ministério da Saúde, 2001). O tipo de histerectomia nas roturas intraparto dependerá da localização da rotura, de sua extensão e da idade da paciente. Nas mais jovens, sempre que possível, conserva-se parte do útero, visando preservar a menstruação (Correa, 1994; Neme, 2000).

Descolamento prematuro da placenta – O descolamento prematuro da placenta, também denominado abruptio placentae, é definido como separação da placenta implantada no corpo do útero, antes do nascimento do feto, em gestação de 20 ou mais semanas completas. Resulta de uma série de processos fisiopatológicos, muitas vezes de origem desconhecida. O deslocamento prematuro de placenta é um dramático evento que acomete 0,5 a 3,0% das gestações, com elevado potencial de causar resultados devastadores e representa causa importante entre as síndromes hemorrágicas da segunda metade da gestação. A sua etiologia ainda não é totalmente conhecida, podendo, didaticamente, ser dividida em traumática e não-traumática. É consenso na literatura que a presença de hipertensão arterial materna constitui o principal fator do determinismo do DPP, presente em cerca de 75% dos casos. (Krettli W S, 2012)

Acretismo placentário – O acretismo placentário consiste na aderência anormal da placenta na parede uterina. A base histopatológica consiste na ausência ou na desordem da decídua basal, que é a camada mais profunda do endométrio. A aderência placentária anormal incluindo a placenta acreta, increta ou percreta é uma causa frequente de hemorragia pós-parto. A invasão do vilo corial no miométrio eleva o risco de sangramento, aumentando as chances de transfusões sanguíneas ou até de histerectomia, o que repercute diretamente na elevação da morbimortalidade. A prevalência do acretismo aumentou significativamente nos últimos 50 anos, encontrando-se nos trabalhos recentes de 1:540 até 1:93000 partos. A placenta prévia é a causa mais frequente do acretismo placentário. O aumento na freqüência do acretismo correlaciona-se ao aumento do número de cesáreas,

multiparidade, miomectomias e embolização de miomas.(V V Francisco, 2006)

Infecção intracavitária – A prática da histerectomia foi, por muito tempo, largamente empregada na vigência de infecção uterina intraparto ou puerperal (pós-abortamento e pós-parto).O melhor conhecimento da fisiopatologia dos processos infecciosos e os notáveis avanços terapêuticos resultantes do avanço dos quimioterápicos e antibióticos reduziram progressivamente essas indicações, de tal modo que, a histerectomia eletiva já não se justifica nos casos de infecção intraparto. Entretanto, ela tem sido praticada com relativa frequência nos casos de infecções graves, pós-abortos complicados com choque bacteriêmico, rebeldes ao tratamento clínico e ao esvaziamento vaginal da cavidade uterina. Na infecção intracavitária pós-abortamento ou pós-parto transpélvico ou transabdominal, dependendo da sua extensão, não se consegue êxito no tratamento sem a remoção total do útero, e freqüentemente, também dos seus anexos (ovários e trompa). (Corrêa, 1999).

Entre as infecções uterinas, merece destaque especial o problema do tétano puerperal. A tendência dos autores é favorável à prática da intervenção, no sentido de remover o foco produtor da toxina e sua superfície de absorção. Considerando que tal execução nem sempre se acompanha de cura, outros autores como Weinstein e Beacham (1941), Morin (1944), Seille e Pertuizet (1945) e Guellette (1945), são contrários à sua realização. Entre outras razões, esses autores salientam o risco da absorção maciça de toxina e o prejuízo do estado geral pela sobrecarga anestésica e cirúrgica. Através de um estudo de Bauchart, citado por Quenu (1945), onde foram coletado e analisados 257 casos de tétano pós-parto demonstrou que a prática da histerectomia não tem representado terapêutica útil no tratamento da infecção tetânica puerperal, (Neme, 2000)

Neoplasias – Na vigência da prenhez, o tratamento cirúrgico do mioma não deve ser feito, a menos que sobrevenham complicações (infecção, necrose, torção do pedículo e encarceramento). Esta atitude expectante deriva da alta incidência de abortamento, conseqüentes as manipulações uterinas. Segundo observações de Mussey e Randall (1945) e dados de Eastman (1956), a prática de miomectomia em gestantes determina a expulsão do concepto em 40-50%. Tendo em vista dos dados da literatura e de Neme e Prata Martins (1961), a conduta deve ser a seguinte: a) o tratamento cirúrgico dos miomas durante a gravidez encontra indicação apenas nos casos de sofrimento de mioma pediculado, devendo-se, nessa eventualidade, praticar, sempre que possível, somente a miomectomia; b) nos casos de cesárias agir, cirurgicamente, sobre os miomas apenas quando estiverem impedindo a retirada fetal, pois freqüentemente a exérese do mioma, nessas condições, imporá a histerectomia após a retirada do concepto. (Neme, 2000). No pós-parto, um ou mais nódulos de mioma podem dificultar a involução uterina por sangramento contínuo. Confirmando este diagnóstico, realiza-se uma laparotomia e procede-se a remoção dos miomas quando possível, ou então do útero (Corrêa, 1999; Neme 2000).

No câncer do colo do útero, quando diagnosticada no transcurso da gestação, dependendo do seu estadiamento, uma das soluções pode ser a cesariana seguida de histerectomia (Corrêa, 1999) Porém nas formas pré-invasivas, identificadas no decurso da gestação, a prática da histerectomia está contra-indicada, pois, de regra, prefere-se aguardar a confirmação diagnóstica do processo no pós-parto remoto. (Neme, 2000) A neoplasia maligna cervical constitui a mais importante das indicações ginecológicas da histerectomia no ciclo grávido-puerperal (Sogimig, 2003).

Doença trofoblástica gestacional – considerando suas formas clínicas: mola hidatiforme

simples, invasora e coriocarcinoma, as indicações de extirpação do útero seriam nos seguintes : a) histerectomia profilática na mola simples em mulheres com mais de 38 anos, considerando ocorrer nelas maior índice de malignização (30 – 40%). B) na mola invasora em múltiparas, a indicação da histerectomia é pacífica. C) nos casos de coriocarcinoma em pacientes jovens e desejosas de prole, indica-se a histerectomia quando o sangramento persiste após repetidas curetagens na endometrite e quando ocorre resistência a quimioterapia. Importa-se salientar que a terapêutica quimioterápica, pela sua efetividade, a cada dia reduz as indicações de extirpar-se o útero em casos de doença trofoblástica (Neme, 2000). Nos casos de mola hidatiforme, com pacientes múltiparas e de idade geralmente acima de 40 anos, a histerectomia deve ser considerada. (Sogimig, 2003).

Inversão aguda do útero puerperal – a indicação da histerectomia na terapêutica da inversão aguda puerperal pressupõe uma das seguintes condições: 1.impossibilidade de sua redução pelo Taxe ou pelas técnicas de Küstner-Piccolli e Kehrer-Spinelli; 2.infecção e necrose uterina. A manobra de Taxe resolve quase a totalidade dos casos de inversão aguda do útero puerperal. As técnicas acima referidas se encarregariam de repor o útero evertido quando a reposição manual viesse a falhar. Sendo assim, resta como indicação exclusiva da histerectomia a presença de infecção grave e a necrose do útero puerperal.(Neme, 2000).

Lesões vasculares graves – podem ocorrer durante a prática de curetagem e durante a operação cesariana, quando a incisão for segmentar e transversa sobre segmento inferior malformado.Seguem-se de hemorragia volumosa e rápida (na cesária) e infecção uteroperitoneal (na curetagem), podendo exigir a realização de histerectomia quando se trata de múltiparas idosas ou quando estiver presente grave quadro de infecção.(Neme, 2000).

Esterilização – a indicação de histerectomia para fins de esterilização cresceu a partir de 1948, pontificando, nesse particular, a escola norte-americana. Aceita por muitos obstetras, essa prática não parece justa, lembrando entre outras razões, que ela aumenta a incidência de hemorragias, transfusão sanguínea, lesões viscerais e ureterais, tromboembolismo (Hayden, 1974) e alterações na esfera psíquica (Barker, 1968; Gath e Cooper, 1981) (Neme, 2000).

3. Tipos de Abordagem Cirúrgica

Existem vários tipos de histerectomia, bem como diferentes vias de abordagem cirúrgica. A escolha do tipo e da via de histerectomia mais apropriado vai depender fundamentalmente da indicação cirúrgica, das comorbilidades da doente, da existência de cirurgias prévias abdominopélvicas, preferência da paciente, experiência do cirurgião e disponibilidade técnica institucional. Todas estas condicionantes vão se revelar fundamentais e apresentar impacto na morbimortalidade cirúrgica desta intervenção. (COSTA, J. R. 2017)

As três principais vias de abordagem cirúrgica para a realização de uma histerectomia são: (1) via abdominal por laparotomia, (2) via vaginal e (3) via abdominal laparoscópica. De acordo com a extensão de disseção por via laparoscópica, esta pode ser ainda subclassificada em histerectomia vaginal assistida por laparoscopia e histerectomia laparoscópica supracervical. (Aarts JWM et al, 2015)

A histerectomia total é indicada, principalmente, nos casos de câncer do colo uterino e infecção uterina. Uma das maiores indicações da histerectomia subtotal é a hemorragia uterina (atonía uterina), necessitando de um procedimento mais rápido, com menor perda sanguínea e menor risco de lesão de ureter e bexiga, diminuindo a morbidade pós-operatória. (Sogimig, 2003)

4 – Complicações Cirúrgicas

Apesar de ser um procedimento que salva vidas, a histerectomia pós-parto não está ausente de riscos. É sabido que está associado à hemorragia não controlada, grande incidência de transfusão, infecções, DIC, aumento da morbidade e mortalidade materna. Nas histerectomias pós-parto as taxas de mortalidade materna associadas estão entre 0 a 30%, com as taxas mais altas em regiões com recursos médicos e instalações limitadas.(Sturdee DW, 1986, Allahabadia G 1990)

As complicações da histerectomia foram reabordagem cirúrgica, lesão bexiga, lesão ureteral, íleo pós-operatório e coagulação intravascular disseminada. Mendoza (2011)

Sabe-se que a histerectomia no ciclo grávido-puerperal apresenta maior incidência de complicações e óbitos do que àquelas realizadas fora do ciclo grávido-puerperal, mesmo com uso dos antibióticos de última geração, transfusões sanguíneas e suporte cardiorespiratório. Isto se deve, geralmente, às condições clínicas em que as pacientes são operadas, muitas vezes, em estado de sepse ou hipovolêmicas.(Anderson GV,1914, Harris WJ 1997)

A taxa de mortalidade foi de 5,2 por 100 histerectomias. A taxa de mortalidade materna foi maior em renda média baixa (12,1%) e menor em ambientes de alta renda (1,4%). As taxas de mortalidade materna variaram de nenhum em alguns países para 59,1% 20 em um estudo da Nigéria (van den Akker et al, 2016)

III - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

[Govindappagari S, Wright JD, Ananth CV, et al. **Risk of Peripartum Hysterectomy and Center Hysterectomy and Delivery** Volume. *Obstet Gynecol* 2016; 128:1215.

Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. **WHO analysis of causes of maternal death: A systematic review**. *Lancet*. 2006; 367 (9516): 1066–74.

Briceño-Pérez C, Briceño-Sanabria L, García S, Jaimes T, Briceño-Sanabria JC, Briceño-Sanabria C. **Histerectomía obstétrica: análisis de 15 años**. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2009;69(2):89-96

Anderson GV, Barclay DL & Easterday C. – The Place of **Cesarean Hysterectomy in Current Obstetrical Practice**. In Reid, D.E & Christian, C.D. – *Controversy in Obstetrics and Gynecology*. II Vol. Philadelphia, Saunders, 1974.

Aarts JWM, Nieboer TE, Johnson N, Tavender E, Garry R, Mol BWJ, Kluivers KB. **Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease**. *Cochrane Database of*

Allahabadia G, Vaidya P. **Obstetric hysterectomy** (A review of 50 cases from January 1987 to August 1990). *J Obstet Gynecol India*. 1991;41:634-37.

Allam IS, Gomaa IA, Fathi HM, Sukkar GF. **Incidence of emergency peripartum hysterectomy in Ain-shams University Maternity Hospital, Egypt: a retrospective study**. *Arch Gynecol Obstet*. 2014;290:891-6

Bateman BT, Berman MF. **The Epidemiology of Postpartum Hemorrhage in a Large, Nationwide Sample of Deliveries**. *Anesth Analg*. 2010; 110(5):1368-73.)

Campbell OM, Graham WJ. *Lancet Maternal Survival Series Steering Group*. **Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works**. *Lancet*. 2006;368 (9543): 1284–99.

Chestnut DH, Eden RD, Gall SA, Parker RT. **Peripartum hysterectomy: a review of cesarean and postpartum hysterectomy**. *Obstet Gynecol* 1985;65(3):365–370.

Clark SL, Hankins GD. **Preventing maternal death: 10 clinical diamonds**. *Obstet Gynecol*. 2012; 119:360–4. [PubMed: 22270288.

Clark SL, Yeh SY, Phelan JP , Bruce S, Paul RH. **Emergency peripartum hysterectomy for obstetric hemorrhage**. *Obstet Gynecol* 1984;64:376–380.

Corrêa MD, Melo VH, Aguiar RALP, Corrêa Júnior MD. **Noções práticas de obstetrícia**. 13ª ed. Belo Horizonte: Coopmed - Cooperativa Editora e de Cultura Médica; 2004.

COSTA, Joana Raquel; COSTA, Antónia. **Tipos e vias de abordagem cirúrgica em histerectomia e sua relação com lesão do sistema urinário**. *Acta Obstet Ginecol Port*,

Coimbra , v. 11, n. 1, p. 46-56, mar. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302017000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 jan. 2018.

Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. **Obstetrícia de Williams**. 23. ed. Porto Alegre: AMGH editora; 2012. Capítulo 35, Hemorragia obstétrica; p. 757-803.

Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL. Amniotic fluid. In: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Sheffield JS, eds. **Williams Obstetrics**. 24th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2014: chap 11. Mille

Daskalakis G, Anastasakis E, Papantoniou N, Mesogitis S, Theodora M, Antsaklis A. **Emergency obstetric hysterectomy**. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007;86:223-7.

El-Refaey H, Rodeck C. **Post-partum haemorrhage: definitions, medical and surgical management**. A time for change. Br Med Bull. 2003; 67:205-17.

Flood KM, Said S, Geary M, Robson M, Fitzpatrick C, Malone FD. **Changing trends in peripartum hysterectomy over the last 4 decades**. Am J Obstet Gynecol. 2009;200:632 e1-6.

Friedman Alexande M, MD, Jason D. Wright, MD1, Cande V. Ananth, PhD, MPH1,2, Zainab Siddiq, MS1, Mary E. D'Alton, MD1, and Brian T. Bateman, MD. **Population-Based Risk for Peripartum Hysterectomy during Low and Moderate Risk Delivery Hospitalizations**. Am J Obstet Gynecol . Author manuscript; available in PMC 2017 November 01

Habek D, Becarevic, R. **Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary obstetric center: 8-year evaluation**. Fetal Diagn Ther 2007;22:139–42.

Haeri S, Dildy GA. **Maternal mortality from hemorrhage**. Semin Perinatol 2012;36(1):48–55. 2.

Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. **WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review**. Lancet 2006;367(9516):1066–1074.

Knight M on behalf of UKOSS. **Peripartum hysterectomy in the UK: management and outcomes of the associated haemorrhage**. BJOG 2007;114:1380–1387.

Mousa HA, Walkinshaw S. **Major postpartum haemorrhage**. Curr Opin Obstet Gynecol 2001;13(6):595–603.

Harris WJ. **Complication of hysterectomy**. Cl. Obst. Gynecol 1997, 40:928-935.

J.D. Wright, T.J. Herzog, J. Tsui, C.V. Ananth, S.N. Lewin, Y.S. Lu, et al. **Nationwide trends in the performance of inpatient hysterectomy in the United States**. Obstet Gynecol, 122; 2013, pp. 233–241

Kastner ES, Figueroa R, Garry D, Maulik D. **Emergency peripartum hysterectomy:**

experience at a community teaching hospital. *Obstet Gynecol.* 2002;99:971-5.

Kwee A, Bots ML, Visser GH, Bruinse HW. **Emergency peripartum hysterectomy: a prospective study in the Netherlands.** *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2006;124:187-92.

Lima ER, Feitosa HN, Feitosa FE, Carvalho FH. **Resultados maternos e perinatais em gestações com placenta prévia com e sem acretismo em maternidade terciária.** *Rev Med UFC.* 2015 jan-jun;55(1):18-24.

MELO, M. C. B.; BARROS, E. N. **Histerectomia e Simbolismo do útero: possíveis repercussões na sexualidade feminina.** *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, Rio de Janeiro, v.12, n.2, dez. 2009.* Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151608582009000200008&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 de janeiro 2018.

Neme B, **Obstetrícia Básica**, Editora Sarvier, 2ª Edição, São Paulo, 2000, 1139-1146.

Obiechina NJ, Eleje GU, Ezebialu IU Okeke CA, Mbamara SU. **Emergency peripartum hysterectomy in Nnewi, Nigeria: a 10-year review.** *Niger J clin Pract.* 2012;15:168-71.

OECD. **Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can We Done to Improve Health System Performance?**, OECD Health Policy Studies, 2014. OECD Publishing.

Sakse A, Weber T, Nickelsen C, Secher NJ. **Peripartum hysterectomy in Denmark 1995-2004.** *Acta Obstet Gynecol.* 2007;86:1472-75.

Singla Anshuja, Mundhra R., Phogat L., Mehta S., Rajaram S. **Emergency peripartum hysterectomy**, *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 2017 Mar, Vol-11(3): QC01-QC03

Sogimis, **Manual para concursos ginecologia e obstetrícia**, Medsi, Rio de Janeiro, 2003, 534-36.

SOUZA, M. L. et al. **Innovación tecnológica y cuidados de enfermería.** *Temperamentvm. n. 11, 2010.* Disponível em: . Acesso em: 02 de janeiro. 2018.

Sturdee DW, Rushton DI. **Cesarean and postpartum-hysterectomy 1968–1983.** *Br J Obstet Gynaecol.* 1986;93:270–74.

FRANCISCO, Viviane Vieira et al. Valor da ressonância magnética no diagnóstico antenatal do acretismo placentário. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2006.

Systematic Reviews, 2015, Issue 8. Art. No.: CD003677. DOI: 10.1002/14651858.CD003677.pub5.

Walsh CA, Baxi LV. **Rupture of the primigravid uterus: a review of the literature.** *Obstet Gynecol Surv.* 2007; 62:328-34.

Whiteman MK, Kuklina E, Hillis SD, Jamieson DJ, Meikle SF, Posner SF, et al. **Incidence**

and determinants of peripartum hysterectomy. Obstet Gynecol 2006;108:1486–92.

World Health Organization. World Health Organization multicountry survey on maternal and newborn health. Geneva: WHO; 2012

Wright JD, Herzog TJ, Shah M, et al. **Regionalization of care for obstetric hemorrhage and its effect on maternal mortality.** Obstet Gynecol. 2010; 115:1194–200. [PubMed: 20502290]

Yucel O, Ozdemir I, Yucel N, Somunkiran A. **Emergency peripartum hysterectomy: a 9-year review.** Arch Gynecol Obstet 2006;274:84–7.

Zelop CM, Harlow BL, Frigoletto FD Jr, Safon LE, Saltzman DH. **Emergency peripartum hysterectomy.** Am J Obstet Gynecol 1993;168:1443–8. 5.

Zeteroglu S, Ustun Y, Engin-Ustun Y, Sahin G, Kamaci M. **Peripartum hysterectomy in a teaching hospital in the eastern region of Turkey.** Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2005;120:57-62.

IV NORMAS PARA PUBLICAÇÃO



Orientações aos Autores

Os manuscritos para publicação nas seções “Artigo Original”, “Artigo de Revisão”, “Atualização Terapêutica”, “Educação Médica” e “História da Medicina” devem ter até 16 laudas (1500 caracteres sem espaço), incluindo as referências que devem limitar-se até 30 e excluindo ilustrações. Os artigos das seções “Relato de Caso”, “Comentários ou Ponto de Vista” devem ter até 8 laudas, incluindo ilustrações e referências que devem limitar-se até 15. A Seção de “Imagem” deve ter até 3 laudas, incluindo a figura e as referências que devem limitar-se até 5; Carta aos editores: Recomenda-se o tamanho máximo de 4000 caracteres (com espaço), Para os comunicados das instituições mantenedoras recomenda-se o tamanho máximo de 8000 caracteres (com espaço). A RMMG reserva-se o direito de recusar artigos acima desses limites.

Para os trabalhos resultados de pesquisas envolvendo seres humanos, deverá ser encaminhada uma cópia do parecer de aprovação emitido pelo Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS/466/2012, e para os manuscritos que envolveram apoio financeiro, este deve estar explícito claramente no texto e declarados na carta de submissão a ausência de qualquer interesse pessoal, comercial, acadêmico, político ou financeiro na publicação do mesmo.

Os manuscritos são submetidos por meio do SGP-Sistema de Gestão de Periódicos, no site da RMMG www.rmmg.org inserindo o original e suas respectivas ilustrações, anexos e apêndices; Parecer do Comitê de Ética, quando houver; e carta de submissão do

manuscrito ([Copyright](#)), indicando a sua originalidade, a não submissão a outras revistas, as responsabilidades de autoria, a transferência dos direitos autorais para a revista em caso de aceitação e declaração de que não foi omitido qualquer ligação ou acordo de financiamento entre o(s) autor(es) e companhias que possam ter interesse na publicação do artigo. O Copyright deverá ser assinado por todo(s) autor(es) digitalizado (arquivo pdf) e inserido no SGP.

Os manuscritos devem ter a seguinte estrutura e ordem:

- Nome(s) completo do(s) autor(es) acompanhado(s) de sua(s) respectivas(s) afiliação(ções), indicação da instituição onde o trabalho foi realizado, autor correspondente: nome e endereço eletrônico;

Obs. A instituição deverá ser indicada com até 3 níveis hierárquicos – do maior para o menor, e a indicação cidade, estado e país.

Ex.:

Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, Faculdade de Medicina, Departamento de Cirurgia. Belo Horizonte, MG – Brasil.

- Título em português e inglês;
- Indicação da seção na qual o trabalho deverá ser publicado;
- Palavras-chave e Keywords (três a dez), de acordo com Descritores em Ciências da Saúde-DECS da BIREME/OPAS/OMS versão do Medical Subject Headings (MeSH) do PUBMED) da National Library of Medicine, (<http://decs.bvs.br/>);
- Resumo (em formato semi-estruturado para os artigos originais) do trabalho em português, sem exceder o limite de 250 palavras. O resumo no formato semi-estruturado deverá ser adotado para os artigos da categoria “artigos originais”, compreendendo, obrigatoriamente, as seguintes partes, cada uma das quais devidamente indicada pelo subtítulo respectivo: Introdução; Objetivos; Métodos; Resultados; Conclusões.
- Abstract (resumo em língua inglesa), consistindo na correta versão do resumo para aquela

língua;

- **TEXTO** estruturado de acordo com a tipologia do trabalho:

- Artigo Original: Introdução e literatura, Material ou Casuística, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões;
- Artigos de Revisão: Introdução, revisão da literatura, discussão ou comentários, conclusão;
- Atualização Terapêutica: Introdução, revisão da literatura, discussão ou comentários, conclusão;
- Relato de Caso: Introdução, descrição do caso, discussão, conclusão;
- Educação Médica: Introdução, desenvolvimento livre, conclusão;
- História da Medicina: Introdução, desenvolvimento livre; conclusão;
- Comentários, Ponto de Vista: Introdução, desenvolvimento livre; conclusão;
- Imagem: Apresentação da imagem, breve descrição e discussão do registro.

- **Agradecimentos** (opcional);

• **Referências** (de acordo com os “*Uniform Requirements for Manuscripts (URM)*” do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*)- Estilo Vancouver, disponível em:

português: <<http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html>>

espanhol: <<http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm>>

inglês: <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>);

- **Ilustrações:** Tabelas e Figuras (conforme orientações do sistema de submissão SGP)

Para efeito de normalização adota-se o “*Uniform Requirements for Manuscripts (URM)*” do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*- Estilo Vancouver - disponível em: [<http://www.icmje.org/>](http://www.icmje.org/), em português: [<http://www.icmje.org/recommendations/translations/portuguese_1999.pdf>](http://www.icmje.org/recommendations/translations/portuguese_1999.pdf)

As referências citadas no texto são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez, mediante número arábico, sobrescrito, após a pontuação, quando for o caso, correspondendo às referências listadas no final do artigo, sem parênteses. As referências devem ser apresentadas de acordo com as normas [“Citing Medicine: the NLM Style Guide for Authors, Editors, and Publishers, 2007](#), disponível em: [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/); versão em português disponível em: [<http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html#pseis>](http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html#pseis).

Os títulos das revistas são abreviados de acordo com o “Journals Database” do PUBMED, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals> ou no Portal de Revistas Científicas da BVS, BIREME/OPAS/OMS, disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br/?lang=pt>

As abreviaturas dos títulos só têm ponto após a última palavra. Exs. Rev Med Minas Gerais.; N Engl J Med.;

As ilustrações são denominadas: TABELA (tabelas e quadros) e FIGURA (fotografias, gráficos e outras ilustrações). Dentro de cada categoria deverão ser numeradas sequencialmente durante o texto. Exemplo: (Tabela 1, Figura 1). Cada ilustração deve ter um título e a fonte de onde foi extraída. Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As referências às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da tabela ou figura. Ex: (Tabela 1, Figura 1). As fotografias deverão ser enviadas conforme as instruções do sistema e não devem ser incorporadas no editor de texto; podem ser em cores e deverão estar no formato JPG, em alta resolução (300 dpi) e medir, no mínimo, 10cm de largura (para uma coluna) e 20cm de largura (para duas colunas). Devem ser nomeadas, possuir legendas e indicação de sua localização no texto.

As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos. As temperaturas em graus Celsius. Os valores de pressão arterial em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completos, salvo se se tratar de uma unidade de medida comum.

Lista de checagem: recomenda-se que os autores utilizem a lista de checagem abaixo para certificarem-se de que toda a documentação está sendo enviada:

- Copyright - carta de submissão assinada (assinatura digital) por todos os autores;
- Declaração Conflito de interesses;
- Declaração de aprovação de pesquisa pelo Comitê de Ética;
- Autores e afiliações;
- Resumo em português e palavras chaves;
- Abstract e Keywords;
- Texto (com citações numeradas por ordem de aparecimento indicadas por algarismos arábicos);
- Referências no estilo Vancouver numeradas em ordem de aparecimento das citações no texto;
- Ilustrações numeradas por tipo e ordem de aparecimento;

Os manuscritos devem ser enviados para: < www.rmmg.org >Submissão de Manuscritos < <http://www.sgponline.com.br/rmmg/sgp/?idioma=Portugu%EAs>>

V ARTIGO ORIGINAL

PREVALÊNCIA DE HISTERECTOMIA PÓS-PARTO EM MATERNIDADE PÚBLICA DO ESTADO DE SERGIPE

Adenilza Silva de Mendonca, Júlia Maria Gonçalves Dias².

- Acadêmica do curso de medicina da Universidade Federal de Sergipe. Email: adenilzamendonca@gmail.com
- Professora adjunta da disciplina de Ginecologia e Obstetrícia do Curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. E-mail: julia.dias@globo.com

Endereço para correspondência:

Universidade Federal de Sergipe – UFS.

Rua Cláudio Batista. Bairro Santo Antônio.

CEP: 49060-100. Aracaju – Sergipe, Brasil.

Tel.: (79) 2105-1700.

Resumo

Objetivo: levantar dados sobre a prevalência, fatores de risco e principais indicações da histerectomias pós-parto, em maternidade pública do estado de Sergipe.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo do tipo corte transversal retrospectivo, através

da análise descritiva dos registros de prontuários de casos de mulheres submetidas à histerectomia pós-parto entre janeiro de 2012 a dezembro de 2016, no Hospital e Maternidade São José, Itabaiana/SE. Incluindo idade materna, paridade, idade gestacional, tipo de parto, indicações para a histerectomia e desfecho da histerectomia.

Resultados: Foram encontrado 23 casos de histerectomia pós-parto (1,70 por 1000 nascimentos), 15 (65,0%) após cesariana (4,26 por 1000 cesarianas) e oito (35%) após parto vaginal (0,80 por 1000 partos vaginais). Apenas uma paciente era nulípara. A indicação mais comum foi a placentação anômala com oito (34,8%), seguida de atonia uterina com sete (30,4%) indicações. A ruptura uterina foi encontrada em quatro pacientes (17,4%), infecção e endometriose com uma (4,3%), indicação de histerectomia não foi especificada em um caso. As principais complicações foram a necessidade de hemotransfusão em todas as mulheres (100%), choque hipovolêmico em quatro (17,39%), coagulação intravascular disseminada e síndrome febril com duas mulheres (8,70%) cada, duas (8,70%) mulheres foram transferidas para Unidade de Terapia Intensiva. Não houve óbitos maternos.

Conclusões: A histerectomia pós-parto foi mais prevalente pós-cesárea do que pós-parto vaginal. A causa principal foi placentação anômala. A principal complicação foi hemotransfusão.

Palavras-chave: histerectomia pós-parto, mulher, hemorragia pós-parto.

Abstract

Objective: To collect data on the prevalence, risk factors and main indications of postpartum hysterectomies at a public maternity hospital in the state of Sergipe.

Methods: This is a descriptive retrospective cross-sectional study, through the descriptive

analysis of records of cases of women submitted to postpartum hysterectomy between January 2012 and December 2016, at Hospital and Maternidade São José, Itabaiana / SE. Including maternal age, parity, gestational age, type of delivery, indications for hysterectomy and outcome of hysterectomy.

Results: 23 cases of postpartum hysterectomy (1.70 per 1000 births), 15 (65.0%) after cesarean section (4.26 per 1,000 cesareans) and eight (35%) were found after vaginal delivery (0.80 per 1000 vaginal deliveries). Only one patient was nulliparous. The most common indication was anomalous placentation with eight (34.8%), followed by uterine atony with seven (30.4%) indications. Uterine rupture was found in four patients (17.4%), infection and endometriosis with one (4.3%), hysterectomy indication was not specified in one case. The main complications were the need for hemotransfusion in all women (100%), hypovolemic shock in four (17.39%), disseminated intravascular coagulation and febrile syndrome with two women (8.70) each, two (8.70%) women were transferred to the Intensive Care Unit. There were no maternal deaths.

Conclusions: Postpartum hysterectomy was more prevalent post-cesarean than vaginal delivery. The main cause was anomalous placentation. The main complication was blood transfusion.

Keywords: postpartum hysterectomy, woman, postpartum haemorrhage.

Introdução

As hemorragias pós-parto são as maiores causas de morte materna no mundo. Seguida de distúrbios hipertensivos e sepse.¹

A Hemorragia pós-parto (HPP) é comumente definida como uma perda 500 ml de sangue ou mais no período de 24 horas após o parto, enquanto a HPP grave é definida como uma perda de 1000 ml de sangue ou mais dentro do mesmo período de tempo. A HPP afeta aproximadamente 2% de todas as mulheres que dão à luz estando associada a quase um quarto de todas as mortes maternas no nível global. A HPP é um contribuinte significativo para a morbidade materna grave e incapacidade prolongada bem como para várias outras condições maternas graves geralmente associadas à perda de sangue mais substancial, incluindo choque e disfunção orgânica.^{2,3}

A histerectomia pós-parto é frequentemente realizada para condições obstétricas que ameaçam a vida da mulher, especialmente quando a abordagem de tratamento conservador não consegue interromper a hemorragia pós-parto.⁴

A incidência de histerectomia pós-parto varia de 0,29 a 5,09 por 1000 partos.⁵⁻⁷ Embora a incidência de histerectomia pós-parto de emergência seja baixa, ela representa uma importante prática obstétrica moderna, sendo associada a uma alta taxa de Morbidade e mortalidade.⁸

Os fatores de risco para histerectomia pós-parto de emergência evoluíram para refletir o crescente número de partos por cesarianos. Esses fatores de risco incluem a placenta prévia; placenta accreta, increta e percreta; e ruptura uterina.⁸⁻¹²

As indicações de histerectomia pós-parto mudaram durante o passar dos anos. Antigamente as indicações mais comuns para Histerectomia Pós-Parto consistiam na rotura e atonia uterina¹³⁻¹⁴. No entanto, estudos recentes têm listado anomalia placentária (especialmente a placenta acreta), como a indicação mais comum, o que está relacionada com o aumento do número de cesarianas observado nas duas últimas décadas. Nos países em desenvolvimento a rotura uterina persiste como principal indicação de HPP¹⁵⁻¹⁹

Para minimizar os riscos e otimizar o planejamento do parto, a opinião de especialistas apoia ao encaminhamento de mulheres com alto risco de histerectomia peripartum - principalmente aqueles com suspeita de placenta accréta / percreta - para centros terciários.^{20,21}

Esse estudo tem como objetivo levantar dados sobre a prevalência, fatores de risco e principais indicações da histerectomias pós-parto, em maternidade pública do estado de Sergipe.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo descritivo do tipo corte transversal retrospectivo, através da análise descritiva dos registros de prontuários sendo preenchido formulário específico de casos de mulheres submetidas à histerectomia pós-parto entre janeiro de 2012 a dezembro de 2016, no Hospital e Maternidade São José, Itabaiana/SE. As informações foram obtidas dos registros médicos e incluía: idade materna, paridade, idade gestacional, tipos de parto, indicação da histerectomia, tipo de histerectomia, condição de alta pós-parto.

Os critérios de exclusão foram as histerectomias relacionadas à ginecologia, doença oncológica e mulheres <20 semanas de gestação.

Os fatores de risco para a histerectomia pós-parto foram determinados por uma revisão da literatura realizando uma pesquisa em bancos de dados PubMed, MEDLINE, EMBASE, UPTODATE, Scielo e Periódico CAPES. Foi realizada até janeiro de 2018 para encontrar publicações destinadas a estimar a incidência, as indicações e as complicações da cirurgia de emergência de histerectomia pós-parto.

As variáveis qualitativas foram expressas como frequência e porcentagem. O teste do qui-quadrado foi usado para comparar as variáveis qualitativas. Variáveis quantitativas foram apresentados em termos de média \pm desvio padrão. Para dados quantitativos, comparação entre dois grupos foi feito usando o teste T de Student. Nível de significância "P" O valor foi avaliado, onde o valor de $P < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de ética da Universidade Federal de Sergipe sob o número do CAAE 80791217.0.0000.5546

Resultados

Durante um período de estudo de cinco anos, foram realizados 13506 partos, destes 3521 (26,1 %) foram partos cesáreos e 9985 (73,9%) partos normais. Durante esse tempo

aconteceram 23 histerectomias pós-parto (1,70 para cada 1000 partos). Ocorreram 15 (65,0%) após cesariana (4,26 por 1000 cesarianas) e oito (35%) seguiram partos vaginais (0,80 por 1000 partos vaginais).

A tabela 1 apresenta a evolução das HPP, bem como da taxa de cesarianas da Instituição, ao longo desses 05 anos.

**TABELA 1. EVOLUÇÃO DAS
HISTERECTOMIAS PÓS-PARTO E DA TAXA
DE CESARIANAS AO LONGO DE CINCO ANOS**

Ano	Taxa cesarianas (%)	Número de HPP	Taxa HPP (/1000 partos)
2012	25,4%	6	2,40
2013	24,7%	5	1,93
2014	26,8%	4	1,53
2015	26,7%	5	1,81
2016	26,7%	3	0,99
Total	26,1%	23	1,70

Nas características maternas as mulheres tinham entre 26 e 40 anos, com média de $35,5 \pm 3,37$ anos. Verificámos uma incidência significativamente maior de HPP após cesariana quando comparada com parto vaginal. No entanto, após o ajuste na análise de regressão logística, tornou-se insignificante ($p > 0,05$).

Na tabela 2 observamos as características demográficas das mulheres submetidas à histerectomias pós-parto que mostra os resultados encontrados em relação à idade, a paridade e a idade gestacional. O maior grupo de histerectomias pós-parto, 91,3%, ocorreu em mulheres maiores de 30 anos. Com relação a paridade apenas uma (4,3%) era nulípara, as demais 21 (95,7%) tinham mais de uma gestação. Quanto a idade gestacional, a média foi de $37s \pm 2$ dias (desvio padrão $\pm 2,14$). A maioria 17(73,9%) das pacientes encontrava-se

no final da gestação, sendo seis (26,1%) eram prematuros.

TABELA 2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DAS UTENTES SUBMETIDAS A HISTERECTOMIA PÓS-PARTO

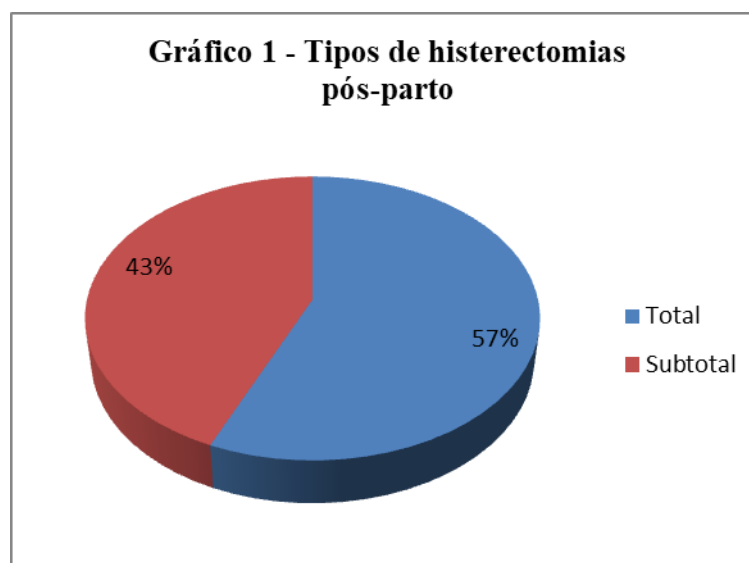
	Nº de casos	%
Idade (anos)		
Média: 35.5		
20-24	0	0,0
25-29	2	8,7
30-34	4	17,4
35-39	15	65,2
≥ 40	2	8,7
Paridade		
Média: 2.6		
0	1	4,3
1-2	10	43,5
≥ 3	12	52,2
Idade gestacional (semanas)		
Média: 37s+2d		
<37	6	26,1
37-41	17	73,9

As principais indicações para as histerectomias pós-parto estão listadas no quadro III. A indicação mais comum foi a placenta anômala, agrupando placenta acreta, percreta, acreta em oito pacientes (34,8%). A atonia uterina que não respondeu a vários agentes uterotônicos foi a indicação em sete pacientes (30,4%). A ruptura uterina foi a indicação em quatro pacientes (17,4%), duas das quais ocorreram em pacientes com cesariana de segmento inferior anterior, uma em paciente com cesariana clássica anterior, enquanto as restantes ocorreram em pacientes com útero previamente intacto. Em uma paciente (4,3%), a indicação de histerectomia foi por infecção, e outra por endometriose (4,3%) e a presença de um caso onde a indicação da histerectomia não foi especificada.

TABELA 3 - PRINCIPAIS CAUSAS DAS HISTERECTOMIA PÓS-PARTO

Principais Causas	Nº de Casos					
	Cesário (%)		Normal (%)		Total (%)	
Placenta anômala (accreta/incrreta/percreta)	8	34,8	0	0,0	8	34,8
Hemorragia por Atonia Uterina (refratária a terapêutica)	5	21,7	2	8,7	7	30,4
Deiscência/Rotura uterina	0	0,0	4	17,4	4	17,4
Infecção	1	4,3	0	0,0	1	4,3
Endometriose	1	4,3	0	0,0	1	4,3
Miomatose	0	0,0	1	4,3	1	4,3
Não especificado	0	0,0	1	4,3	1	4,3
Total	15	65,2	8	34,8	23	100,0

Foram realizadas treze (57%) cirurgias de histerectomia total, 10 (43%) foram subtotais, com mostra o gráfico 1 tipos de histerectomias.



As principais complicações estão demonstradas na tabela 4, que mostra a totalidade 23(100%) das mulheres receberam hemotransfusão, quatro(17,39) apresentaram também choque hemorrágico hipovolêmico, duas (8,70%) coagulopatia, duas (8,70%) foram transferência para UTI, danos a órgãos foram relatados em duas pacientes, uma (4,35%)apresentando como lesão de bexiga e uma (4,35%) dano em ureter, remoção de ovários.

TABELA 4 - COMPLICAÇÕES DA HISTERECTOMIA

	Nº Casos	%
Hemotransfusão	23	100,00
choque hemorrágico hipovolêmico	4	17,39
Febre	2	8,70
coagulação intravascular disseminada	2	8,70
lesão em bexiga	1	4,35
Dano em ureter	1	4,35
Remoção de ovário acidenatl	1	4,35
Transferencia para unidade Intensiva	2	8,70

Discussão

Trata-se de um estudo descritivo da incidência, causas e complicações da histerectomia pós-parto. A histerectomia pós-parto de emergência continua sendo uma técnica necessária para o manejo da hemorragia obstétrica intratável com medidas conservadoras seja ela clínica ou cirúrgicas. Quando ocorrer essa necessidade o obstetra tem que ter habilidade e avaliar sua própria capacidade de realizar a cirurgia especialmente em uma primigesta antes de sacrificar seu potencial reprodutivo.

A histerectomia pós-parto ocorreu em 23 casos nestes 5 anos, período em que houve 13506 partos na nossa instituição. Corresponde a uma incidência de 1,70 por 1000 partos, o que é consistente com os estudos que se encontra na literatura médica oscilando entre 0,24 até 8,90 por mil nascimentos.²² Nos países europeus; uma taxa de 0,2 por 1000 nascimentos foi relatada da Noruega.²³ e 0,3 por 1000 nascimentos da Holanda²⁴. Esta porcentagem é maior nos países não desenvolvidos, sendo estas desigualdades atribuídas aos diferentes níveis de cuidados obstétricos oferecidos.

A indicação mais frequente de EPH em nosso estudo foi a hemorragia pós-parto por placenta anômala (8/23) seguida de atonia uterina (7/23). Isso é consistente com um estudo que relata UM aumento NA introdução de uterotônicos QUE podem explicar por que a patologia da placenta substituiu a atonia como a indicação mais comum.^{25, 11}

Existe uma diferença na incidência de histerectomia pós-parto quando comparado a parto vaginal e cesárea. Enquanto a incidência da intervenção varia por via vaginal entre

0,10 e 0,30 ‰, e é bastante comum entre estudos europeus e americanos, a incidência de histerectomias pós cesárea variando entre 0,17e 8,70 ‰. A associação entre o parto por cesariana (anterior) e a histerectomia é consistente com estudos prévios.²⁶ Em nossos casos ocorreram 15 (65,0%) após cesariana (4,26 por 1000 cesarianas) e 8 (35%) seguiram partos vaginais (0,80 por 1000 partos vaginais).

Contudo, como em outros estudos, no entanto, os fatores de risco para a histerectomia peripartum foram os mesmos, incluindo nascimento atual por cesariana, nascimento por cesariana anterior e placenta anômala. o parto cesáreo implica em maior risco de futuros partos abdominais, ruptura uterina e implantação anormal da placenta.²⁷. Relataram que a incidência de placenta prévia aumentou de 0,5% na população geral para 3,9% após uma cesariana e até 10% após quatro cesáreas. O mesmo estudo documentou a incidência de placenta acreta em 5% em pacientes com placenta prévia sem cicatriz cesariana anterior, mas até 67% em pacientes com quatro cicatrizes cesáreas anteriores. .

A maioria das mulheres tinha idade superior a 30 anos (91,3%) e já tinham pelo menos um filho (95,8%). Estas características demográficas são sobreponíveis às observadas noutras séries de países desenvolvidos.²⁸. A alta taxa de multiparidade confirma que a hemorragia pós-parto aumenta em alta paridade ²⁹

Apesar de ser um procedimento que salva vidas, a histerectomia pós-parto não está ausente de riscos. Encontramos grande incidência de transfusão, presença de choque hemorrágico hipovolêmico, danos a órgãos como bexiga, ovários. Constitui, assim, uma ferramenta importante em obstetrícia quando necessária, mas exige uma decisão apropriada e experiência cirúrgica. A histerectomia deve ser efetuada no momento oportuno, Para evitar uma catástrofe decorrente da perda maciça de sangue, da instabilidade hemodinâmica e da coagulopatia significativa. ³⁰

Conclusão

A maioria das pacientes tinha idade entre 35-39 anos, eram secundigestas e encontravam-se no termo da gestação.

A histerectomia pós- parto foi mais prevalente pós- cesárea do que pós parto vaginal. A causa principal foi placentação anômala. A principal complicação foi hemotransfusão.

Não houve nenhum óbito materno.

Considerações finais

A incidência de histerectomia pós-parto encontrada neste estudo é mais alta do que da relatada em países desenvolvidos. O principal fator de risco se associa com o antecedente de cesárea, uma realidade cada vez maior na prática médica que ocasiona alterações na placenta. Devem ser tomadas precauções para mulheres com alto risco de patologia placentária.

À luz da hemorragia uterina intratável grave, a histerectomia é o melhor tratamento imediato e inevitável. A decisão oportuna é importante para salvar a vida ao custo da remoção de órgãos.

Bibliografia

1. World Health Organization. World Health Organization multicountry survey on maternal and newborn health. Geneva: WHO; 2012
2. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: A systematic review. Lancet. 2006; 367 (9516): 1066–74.
3. Campbell OM, Graham WJ. Lancet Maternal Survival Series Steering Group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Lancet. 2006;368 (9543): 1284–99.
4. Flood KM, Said S, Geary M, Robson M, Fitzpatrick C, Malone FD. Changing trends in peripartum hysterectomy over the last 4 decades. Am J Obstet Gynecol. 2009;200:632 e1-6.

5. Zeteroglu S, Ustun Y, Engin-Ustun Y, Sahin G, Kamaci M. Peripartum hysterectomy in a teaching hospital in the eastern region of Turkey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005;120:57-62.
6. Kwee A, Bots ML, Visser GH, Bruinse HW. Emergency peripartum hysterectomy: a prospective study in the Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2006;124:187-92.
7. Sakse A, Weber T, Nickelsen C, Secher NJ. Peripartum hysterectomy in Denmark 1995-2004. *Acta Obstet Gynecol.* 2007;86:1472-75.
8. Whiteman MK, Kuklina E, Hillis SD, Jamieson DJ, Meikle SF, Posner SF, et al. Incidence and determinants of peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2006;108:1486–92.
9. Zelop CM, Harlow BL, Frigoletto FD Jr, Safon LE, Saltzman DH. Emergency peripartum hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:1443–8. 5.
10. FloodKM,SaidS,GearyM,RobsonM,FitzpatrickC,Malone FD. Changing trends in peripartum hysterectomy over the last 4 decades. *Am J Obstet Gynecol* 2009;200:632.e1–6.
11. Habek D, Becarevic, R. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary obstetric center: 8-year evaluation. *Fetal Diagn Ther* 2007;22:139–42.
12. Yucel O, Ozdemir I, Yucel N, Somunkiran A. Emergency peripartum hysterectomy: a 9-year review. *Arch Gynecol Obstet* 2006;274:84–7.
13. Chestnut DH, Eden RD, Gall SA, Parker RT. Peripartum hysterectomy: a review of cesarean and postpartum hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1985;65(3):365–370.

14. Clark SL, Yeh SY, Phelan JP, Bruce S, Paul RH. Emergency peripartum hysterectomy for obstetric hemorrhage. *Obstet Gynecol* 1984;64:376–380.
15. Flood KM, Said S, Geary M, Robson M, Fitzpatrick C, Malone FD. Changing trends in peripartum hysterectomy over the last 4 decades. *AJOG* 2009;200(6):632e1–632e6.
16. Daskalakis G, Anastasakis E, Papantoniou N, Mesogitis S, Theodora M, Antsaklis A. Emergency obstetric hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86:223-7.
17. Kastner ES, Figueroa R, Garry D, Maulik D. Emergency peripartum hysterectomy: experience at a community teaching hospital. *Obstet Gynecol*. 2002;99:971-5.
18. Yucel O, Ozdemir I, Yucel N, Somunkiran A. Emergency peripartum hysterectomy: a 9-year review. *Arch Gynecol Obstet*. 2006;274:84-7
19. Allam IS, Gomaa IA, Fathi HM, Sukkar GF. Incidence of emergency peripartum hysterectomy in Ain-shams University Maternity Hospital, Egypt: a retrospective study. *Arch Gynecol Obstet*. 2014;290:891-6
20. Clark SL, Hankins GD. Preventing maternal death: 10 clinical diamonds. *Obstet Gynecol*. 2012; 119:360–4. [PubMed: 22270288].
21. Wright JD, Herzog TJ, Shah M, et al. Regionalization of care for obstetric hemorrhage and its effect on maternal mortality. *Obstet Gynecol*. 2010; 115:1194–200. [PubMed: 20502290]
22. Machado SML. Emergency peripartum hysterectomy: Incidence, indications, risk factors and outcome. *N Am J Med Sci*. 2011;3:358---61
23. Bai SW, Lee HJ, Cho JS, Park YW, Kim SK, Park KH. Peripartum hysterectomy and

associated factors. J Reprod Med. 2003;48:148-52

24. . Kwee A, Bots ML, Visser GH, Bruinse HW. Emergency peripartum hysterectomy: a prospective study in the Netherlands. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2006;124:187-92
25. Baker ER, D'Alton ME. Cesarean section birth and cesarean hysterectomy. Clin Obstet Gynecol 1994;37:806–15
26. Stivanello E, Knight M, Dallolio L, Frammartino B, Rizzo N, Fantini MP. Peripartum hysterectomy and cesarean delivery: a population-based study. Acta Obstet Gynecol Scand 2010; 89:321–7
27. Clark SL, Koonings PP, Phelan JP. Placenta previa/accreta and prior cesarean section. Obstet Gynecol 1985;66:89-92
28. Knight M, Kurinczuk JJ, Spark P , Brocklehurst P , for the United Kingdom Obstetric Surveillance System Steering Committee. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. Obstet Gynecol 2008;111(1):97–105
29. Babinski A, Kerenyi T, Torok O, Grazi V, Lapinski RH, Berkowitz RL. Perinatal outcome in grand and great-grand multiparity: effects of parity on obstetric risk factors. Am J Obstet Gynecol 1999;181:669–74.)
30. RCOG Green – top Guideline No. 52: Prevention and management of postpartum haemorrhage. 2009, London (UK).

ANEXOS

Anexo 1 - Questionário individual usado para obtenção dos dados das pacientes submetidas a histerectomia pós-parto.

NOME: _____ IDADE: _____

PARIDADE: _____

PROCEDÊNCIA: _____

TEMPO DECORRIDO DO PARTO A HISTERECTOMIA: _____

TIPO DE HISTERECTOMIA: _____

VIA DE PARTO: _____

CONDIÇÃO DE ALTA: _____

OBSERVAÇÃO FINAL: _____

Anexo 2 – Cópia CARTA DE APRESENTAÇÃO DO PESQUISADOR



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE – CCBS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA - DME
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU

CARTA DE APRESENTAÇÃO DO PESQUISADOR

Aracaju, de de 2017

Por meio desta apresentamos o (a) acadêmico (a) Adenilza Silva de Mendonca, do 12º semestre do Curso de Medicina, devidamente matriculado (a) nesta Instituição de ensino, que está realizando a pesquisa intitulada “Prevalência de Histerectomia pós-parto no Hospital Maternidade São José em Itabaiana/SE.”. O objetivo é determinar a prevalência de histerectomias pós-parto ocorridas no Hospital e Maternidade São José, no município de Itabaiana SE, no período de Janeiro de 2011 a janeiro de 2016. Na oportunidade, solicitamos autorização para que realize a pesquisa através da coleta de dados em questionário, através da análise de prontuários.

Queremos informar que o caráter ético desta pesquisa assegura a preservação da identidade das pessoas participantes.

Uma das metas para a realização deste estudo é o comprometimento do pesquisador (a) em possibilitar, aos participantes, um retorno dos resultados da pesquisa. Solicitamos ainda a permissão para a divulgação desses resultados e suas respectivas conclusões, em forma de pesquisa, preservando sigilo e ética. Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição. Agradecemos vossa compreensão e colaboração no processo de desenvolvimento deste (a) futuro (a) profissional e da iniciação à pesquisa científica em nossa região.

Atenciosamente,

Orientadora
Prof. PhD Júlia Maria Gonçalves Dias
CPF: 507.414.894-49

Pesquisadora
Adenilza Silva de Mendonca
CPF: 010.156.845.21

Anexo 3 – *CURRICULUM VITAE LATTES* DOS PESQUISADORES ENVOLVIDOS

Os currículos Lattes do orientador e do pesquisador encontram-se na Plataforma Lattes no site da CNPq.

Julia Maria Gonçalves Dias - <http://lattes.cnpq.br/5891504776117256>

Adenilza Silva de Mendonca

Aracaju, de de 2017.

Prof. PhD Júlia Maria Gonçalves Dias

Orientadora

CPF: 507.414.894-49

Adenilza Silva de Mendonca

Pesquisadora principal

CPF: 010.156.845.21

Anexo 4 – TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR PRINCIPAL

EU, Adenilza Silva de Mendonca, pesquisadora principal responsável pelo projeto “Histerectomia pós parto no Hospital e Maternidade São José”, declaro estar ciente e que cumprirei os termos da Resolução 196 de 09/10/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e declaro:

1. Assumir o compromisso de zelar pela privacidade e sigilo das informações;
2. Tornar os resultados desta pesquisa públicos sejam eles favoráveis ou não;
3. Comunicar ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (UFS) sobre qualquer alteração no projeto de pesquisa, nos relatórios ou através de comunicação protocolada, que me forem solicitadas;
4. Assumir o compromisso do envio de relatórios anuais e de relatório final ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe.

Aracaju, de de 2017.

Adenilza Silva de Mendonca
Pesquisadora principal
CPF: 010.156.845.21

Anexo 5 - TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO ORIENTADOR

EU, Prof. PhD Júlia Maria Gonçalves Dias, orientadora da pesquisa e responsável pelo projeto “Avaliação comportamental da paciente com dor pélvica crônica”, declaro estar ciente e que cumprirei os termos da Resolução 196 de 09/10/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e declaro:

1. Assumir o compromisso de zelar pela privacidade e sigilo das informações;
2. Tornar os resultados desta pesquisa públicos sejam eles favoráveis ou não;
3. Comunicar ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (UFS) sobre qualquer alteração no projeto de pesquisa, nos relatórios ou através de comunicação protocolada, que me forem solicitadas;
4. Assumir o compromisso do envio de relatórios anuais e de relatório final ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe.

Aracaju, de de 2017.

Prof. PhD Júlia Maria Gonçalves Dias

Orientadora

CPF: 507.414.894-49